

	Registo de Acidentes de Trabalho	
	Dono da Obra: Câmara Municipal de Portel	
	Obra: Reabilitação Urbana do Bairro de S. Julião em Monte do Trigo	Data:
	Empreiteiro:	Pág: ____ / ____

RELATÓRIO DE REGISTO DE ACIDENTES- Dados do Sinistrado			
Nome: _____		N.º Trab.: _____	
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino		Data de Nascimento: ____/____/____	
Morada: _____			
Categoria Profissional : _____		Nacionalidade: _____	
Estado civil : ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado		Data de admissão na obra: ____/____/____	
B.I. N.º/Passaporte N.º: _____ de ____/____/____ emitido em _____			
Dados relativos à entidade empregadora			
Entidade empregadora: _____			
Companhia de Seguros: _____		Apólice: N.º: _____	
Data de admissão na empresa: ____/____/____			
DADOS RELATIVOS AO ACIDENTE			
Data e hora: ____/____/____ às ____h ____m Dia da Semana: _____			
Local: ☐ No estaleiro ☐ Fora do estaleiro ☐ Desloc. Domicílio >> Trabalho ☐ Desloc. Trabalho >> Domicílio			
Onde? _____			
E.P.I. que utilizava aquando do acidente: _____			
Destino do sinistrado: ☐ Assistido em obra ☐ Posto Médico ☐ Hospital _____			
Entidade que o transportou: _____		Data e hora: ____/____/____ às ____h ____m	
Houve mais sinistrados no acidente? ☐ Não ☐ Sim Quantos? _____			
Testemunhas: _____			
Causa do acidente	☐ Posto de trabalho ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Equipamento	☐ Organização de Trabalho ☐ Espaço de trabalho ☐ _____	☐ Falha Técnica ☐ Falha Humana ☒ Falha Indefinida
Tipo de acidente:	☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão de veículos ☐ Compressão por objecto ☐ Choque eléctrico	☐ Sub. nocivas / radiações ☐ Choque com objectos ☐ Esforço físico excessivo ☐ Explosão / Incêndio ☐ Intoxicação	☐ Queda em altura ☐ Queda ao mesmo nível ☐ Queda de objectos ☐ Soterramento ☐ _____
Tipo de lesão:	☐ Amputação ☐ Asfixia ☐ Concussão / Lesões internas ☐ Contusão ☐ Distensão	☐ Electrização / Electrocussão ☐ Entorse ☐ Esmagamento ☐ Ferida / Golpe ☐ Fractura	☐ Lesões múltiplas ☐ Luxação ☐ Queimadura ☐ Traumatismo ☐ _____
Parte do corpo atingida:	☐ Cabeça, excepto olhos ☐ Olho(s) ☐ Tronco, excepto coluna ☐ Coluna vertebral	☐ Braço(s) ☐ Mão(s), excepto dedos ☐ Dedo(s) da(s) mão(s) ☐ Pernas(s)	☐ Pé(s), excepto dedos ☐ Dedo(s) do(s) pé(s) ☐ Localizações múltiplas ☐ _____
Breve descrição do acidente:			
Medidas de prevenção adoptadas:			
Consequências do acidente:		☐ Sem incapacidade ☐ Incapacidade permanente: ____ %	☐ Incapacidade temporária ☐ Morte
Responsável da Unidade de Trabalho:		Data de regresso ao trabalho: ____/____/____ n.º de dias perdidos: ____	
Data: ____/____/____ Ass.: _____		Gestor da Segurança:	
		Data: ____/____/____ Ass.: _____	